

# Modelo de certificación de calidad para la gestión del cuidado en hospitales chilenos

Quality certification model for care management in Chilean hospitals

Modelo da certificação da qualidade da gestão do cuidado em hospitais chilenos

Maria Cristina Torres Andrade\*; Javier Alarcón\*\*; Angela Berthel\*\*\*; Viviana Cantero\*\*\*\*;  
Daniela Llanquipichún\*\*\*\*\*; Daniela Sáez\*\*\*\*\*; Ignacio Yáñez\*\*\*\*\*

## Resumen

**Marco contextual:** En Chile, la Gestión del cuidado es responsabilidad de la enfermería y obligatoria en hospitales complejos. No hay instrumentos que certifiquen su calidad para que sea parte de la conducción estratégica de subdirecciones de Gestión del Cuidado.

**Objetivos:** Determinar de manera consensuada el concepto y las dimensiones asociadas a la gestión del cuidado; los procesos, resultados e indicadores de cada dimensión.

**Metodología:** Se utilizó metodología Delphi para obtener conceptos, dimensiones, procesos y resultados desde los expertos. El equipo investigador analizó y consensuó repetidamente las respuestas. Estas fueron validadas sucesivamente en grupos focales de profesionales clínicos de hospitales públicos y privados, para obtener el modelo.

**Resultados:** Se obtuvieron las dimensiones: i) Pertinencia y Costoefectividad de las Acciones de Enfermería, ii) Poder y Relación con Otros e iii), Investigación y Formación en Enfermería, con sus procesos, resultados e indicadores.

**Conclusión:** La matriz se constituye en un modelo flexible y apropiado a las necesidades de los establecimientos, que visibiliza procesos clínicos involucrados en la gestión del cuidado, pudiendo certificar su calidad.

**Palavras-chave:** enfermagem; administração hospitalária; gestão clínica

## Abstract

**Background:** In Chile, care management is a Nursing responsibility, being mandatory in Chilean complex hospital settings. However, there are no instruments to certify its quality and allow for its integration within the strategic organization of the Sub-Directorates for Care Management.

**Objectives:** To identify, on a consensual basis, the concept and dimensions associated with care management, as well as the processes, outcomes and indicators of each dimension.

**Methodology:** The Delphi methodology was used to identify the concepts, dimensions, processes and outcomes in consultation with experts. The research team analyzed and reached a consensus on the answers. These answers were consecutively validated using focus groups with health professionals from public and private hospitals in order to develop the model.

**Results:** The following dimensions were obtained: i) Relevance and Cost-Effectiveness of Nursing Actions; ii) Power and Relationship with Others; and iii) Nursing Research and Training. Each dimension was composed of the respective clinical processes, outcomes and indicators.

**Conclusion:** The matrix is a flexible and appropriate model to assess the needs of the institutions, providing visibility to the clinical processes associated with care management and the certification of its quality.

**Keywords:** nursing; hospital management; clinical management

\* Msc., profesora auxiliar, Universidad Austral de Chile, 509000, Valdivia, Chile [mtorres1@uach.cl]. Contribución no artigo: investigadora principal, tratamiento e análise de datos, discusión, escrita do artigo. Dirección para la correspondencia: Instituto de Salud Pública, Campus Isla Teja, 509000, Valdivia, Chile.

\*\* RN., Enfermero universitario, Hospital Regional Valdivia, 5090000, Valdivia, Chile [jrcasre@gmail.com]. Contribución no artigo: co investigador, pesquisa bibliográfica, recolla de datos, tratamento e avaliación estatística, análise de datos e discusión.

\*\*\* RN., Enfermera Universitaria, Universidad Austral de Chile, 5290000, Osorno, Chile [angela.berthel@gmail.com]. Contribución no artigo: co investigadora, pesquisa bibliográfica, recolla, tratamento e avaliación de datos, análise de datos e discusión.

\*\*\*\* RN., Enfermera Universitaria, Universidad Austral de Chile, 5290000, Osorno, Chile [vivicantero@gmail.com]. Contribución no artigo: co investigadora, pesquisa bibliográfica recolla, tratamento e análise de datos, discusión.

\*\*\*\*\* RN., Enfermera Universitaria, Universidad Austral de Chile, 5290000, Osorno, Chile [dany.lanki@gmail.com]. Contribución no artigo: co investigadora, pesquisa bibliográfica, recolla, tratamento e análise de datos, discusión.

\*\*\*\*\* RN., Enfermera Universitaria, Universidad Austral de Chile, 5290000, Osorno, Chile [dany.pazos@hotmail.com]. Contribución no artigo: co investigadora, pesquisa bibliográfica, recolla, tratamento e análise de datos, discusión.

\*\*\*\*\* RN., Enfermero universitario, Hospital Regional Valdivia, 5090000, Valdivia, Chile [nachoyanezm@gmail.com]. Contribución no artigo: co investigador, pesquisa bibliográfica, recolla, tratamento e análise de datos, discusión.

## Resumo

**Enquadramento:** No Chile, a Gestão dos Cuidados é obrigatória para hospitais complexos e também, responsabilidade legal da enfermagem. Não há instrumentos que atestem a sua qualidade para que seja parte da condução estratégica das Subdireções de Gestão do Cuidado.

**Objetivos:** Determinar participativamente o conceito e as dimensões associadas à Gestão dos Cuidados, os processos, resultados e indicadores de cada dimensão.

**Metodologia:** A metodologia Delphi foi utilizada para obter conceitos, dimensões, processos e resultados dos experts. A equipa investigadora analisou e acordou as respostas. Para obter o modelo, estas foram validadas sucessivamente em grupos focais de profissionais clínicos de hospitais públicos e particulares.

**Resultados:** Foram obtidas as dimensões: i) Pertinência e custo Efetividade ii) Poder e Relação com os Outros e iii) Pesquisa e Formação em Enfermagem, com seus processos, resultados e indicadores.

**Conclusão:** A matriz consenso constitui-se num modelo flexível e apropriado às necessidades dos estabelecimentos, visibilizando os processos clínicos envolvidos na gestão dos cuidados, podendo certificar-se sua qualidade.

**Palabras clave:** enfermagem; administração hospitalar; gestão clínica

Recebido para publicação em: 23.03.15

Aceite para publicação em: 14.04.16

## Introducción

En Chile, la Gestión del Cuidado es “lo relativo a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente” (Gobierno de Chile, 2004). Pese al avance de las esferas políticas y legales, los aspectos operativos de la gestión del cuidado, no están profundamente desarrollados y a los profesionales de enfermería les cuesta hacer distinción conceptual y práctica entre atención de enfermería, gestión en general, gestión clínica y gestión del cuidado. Este último aspecto no se identifica como tal en la acreditación de los hospitales, por ello, parece fundamental, identificar un modelo que permita abarcar diversos aspectos de la calidad de la Gestión del Cuidado para los centros de atención cerrada, donde esta es definida como obligatoria.

## Marco contextual

La Gestión del Cuidado como nuevo aspecto en la disciplina de Enfermería afronta la satisfacción de las necesidades de la persona, familia y, su pertenencia comunitaria, al igual que la realización de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico (Gobierno de Chile, 1968), se obtienen aplicando el juicio de enfermero. En un establecimiento de atención cerrada, se abordan distintos espacios: la dirección, la unidad de trabajo y el equipo de salud y distintos niveles: lo estratégico, lo táctico y lo operativo (Ayala, 2014).

Para el Ministerio de Salud de Chile, la Gestión del Cuidado es el ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención, asegurando con ello, la continuidad y eficacia de los mismos (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2007). El enunciado, si bien define en forma general la labor de Enfermería, no clarifica cuáles son sus alineaciones específicas, ni a qué áreas se aplica, lo que dificulta la valoración precisa del cumplimiento profesional. Por tanto, la Gestión del Cuidado no cuenta con estándares de calidad tangibles, que permitan certificar la calidad

de las acciones realizadas. Se ha avanzado en la estandarización de acciones de enfermería, que son importantes para la gestión del cuidado, como la categorización de pacientes según demanda de cuidado, pero aun es necesario articular lo estandarizado en un modelo que permita visibilizar integralmente la gestión del cuidado de los pacientes y sus familias. Además, las futuras subdirecciones de Gestión del Cuidado, deberán mantener sistemas de autoevaluación, para tener evidencia científica respecto del alcance y magnitud de la acción específica de enfermería. Haciendo evaluable la calidad de la gestión del cuidado y por ende de la enfermería, se refuerza la autonomía y una mayor visibilidad dentro del establecimiento de salud, porque sólo es posible moverse hacia la autonomía y la construcción de su propio cuerpo de conocimientos mediante la investigación (Federico-Ferreira & Ribeiro da Silva, 2012).

## Pregunta de investigación

Bajo el supuesto investigativo que se puede certificar la calidad de la Gestión del Cuidado desde una lógica multidimensional, se plantea como pregunta de investigación: Qué dimensiones, procesos y resultados debieran ser considerados en la certificación de la calidad de la Gestión del Cuidado en hospitales complejos?

## Metodología

Se trata de una investigación mixta que utiliza el Método Delphi (Bravo & Arrieta, 2005; Astigarraga, s.d.; Yáñez & Cuadra, 2008), que implica consultas reiteradas a un grupo de expertos hasta lograr consensos, la metodología DEFUN (Torres, 2008), con la cual se definen (DE) funciones (FUN) profesionales para la obtención de dimensiones procesos, resultados en indicadores y grupos focales. La convergencia de las tres va diseñando el instrumento de certificación de la calidad. Las opiniones de los expertos se contrastan con las opiniones de grupos focales constituidos por enfermeras del ámbito clínico, quienes debieran usar el modelo. Para tener una aproximación al corpus obtenido mediante grupos focales, se analiza el contenido en su aproximación inductiva, utilizando

proximidad y cercanía, contraste o diferenciación y, saturación o persistencia de las opiniones (Amezcu, 2003; Bertoldi, Fiorito, & Álvarez, 2006; Amezcu & Galvez, 2002). Las consultas a expertos se realizan separadamente por correo electrónico. Ellos no conocen las opiniones de los otros participantes del panel, solo se les devuelven sucesivamente los consensos. Con DEFUN, el equipo investigador analiza las propuestas de los expertos, las que se trasladan a los grupos focales, que ajustan el instrumento a la práctica. Se graban las sesiones con grupos focales y se toman notas de campo, para remarcar aspectos relevantes y la atmósfera de la reunión.

Se utiliza una muestra no probabilística para seleccionar el panel de expertos del ámbito académico, ministerial y gremial, elegidos a sugerencia de informantes clave, por su formación académica, lugar de trabajo, disponibilidad y accesibilidad. El equipo investigador

invita a 40 expertos, de los cuales 10 se mantienen hasta el final de los tres años de la investigación. Los equipos clínicos para los grupos focales son seleccionados por la Directora o Director de Gestión del Cuidado a partir del perfil señalado por el equipo investigador. Participan 80 enfermeras de tres hospitales públicos del sur Chile y de una Clínica Privada. Estos grupos focales se desarrollan sucesivamente y cada nuevo grupo focal trabaja sobre las aportaciones del anterior, lo que funcionó como una fuente de difusión de resultados preliminares de la investigación. El instrumento de certificación de la calidad va siendo diseñado y ajustado en consensos sucesivos del panel de expertos, de los grupos focales y del equipo investigador. El comité de ética no exige evaluar el protocolo de investigación porque no hay pacientes o información relativa a ellos. El esquema seguido en la investigación se resume en la siguiente tabla:

Tabla 1  
*Esquema investigativo*

FASES	OBJETIVO	MÉTODO	
PRELIMINAR: Búsqueda, selección y validación de expertos	Búsqueda de elementos comunes y esenciales en las aproximaciones de los expertos.	Primera ronda de preguntas. Preguntas abiertas.	A distancia
	Consensos y análisis del equipo investigador	DEFUN	Presencial
EXPLORATORIA: Análisis y consensos de cuestionarios	Búsqueda de cuestiones generales más comunes en cada pregunta	Segunda ronda de preguntas Preguntas Cerradas	A distancia
	Consensos y análisis del equipo investigador	DEFUN	Presencial
Retroalimentaciones sucesivas	Búsqueda de concordancia entre los expertos	Tercera ronda de preguntas Preguntas cerradas	A distancia
	Consensos y análisis del equipo investigador	DEFUN	Presencial
FINAL: Validación y consensos sucesivos	Validación de los consensos con posibles ejecutores (varias)	Grupo focal Preguntas cerradas	Presencial
	Consensos y análisis del equipo investigador	DEFUN	Presencial
Retroalimentación a todos los actores	Validación final con los ejecutores y expertos	Reporte consensos	A distancia

Fuente: metodología utilizada en el estudio

Se aplicaron criterios de credibilidad, auditabilidad o confirmabilidad y transferibilidad o aplicabilidad (Castillo & Vásquez, 2003) para el caso de la Metodología Delphi y para el análisis de los grupos focales. Dado que los participantes no son pacientes, se emplearon los requerimientos estándar de los comités de ética a través de consentimientos informados que garantizan el anonimato y permite retirarse de la investigación cuando lo deseen.

## Resultados

Obtenidos los consensos entre expertos del ámbito académico, ministerial y gremial para caracterizar y conceptualizar la gestión del cuidado, se obtienen tres dimensiones complementarias: La dimensión de la Pertinencia y Costoefectividad de las Acciones de Enfermería, significa la demanda por parte de los usuarios y de la institución de más efectividad en los

procesos clínicos y racionalmente pensados desde los usuarios. Esto, debiera redundar en una distinta organicidad de la asistencia de Enfermería visibilice los procesos clínicos asociados a ella. Por otro lado, esta dimensión acoge la necesidad de enfrentar la diversidad tecnológica y la complejidad en las decisiones relacionadas con ellas. Esto requerirá de marcos decisionales considerando los requerimientos de los usuarios y el costo y obsolescencia de la tecnología; La dimensión del Poder y Relación con Otros, es consensuada como la necesidad de reivindicar el rol de la Enfermería en los hospitales, de su posición social y como una forma de hacer equidad de género. Por otro lado, enfrenta la demanda de empoderar al cliente-paciente-socio para que éste se haga cargo más profundamente de su salud, asumiendo más capacidad para tomar decisiones con conocimiento y responsabilidad, y se creen condiciones el desarrollo de ciudadanía en salud. Sin duda, estos aspectos contribuyen a definir los límites de la Gestión del Cuidado, qué profesionales abarca y en qué circunstancias en que ellos realizan Gestión del Cuidado. También servirá para identificar qué es y qué no es gestión del cuidado; La dimensión de la Formación e Investigación en Enfermería, se refiere a que la formación de los enfermeros y enfermeras incorpore innovación y evidencia en su práctica, para asegurar una atención fuertemente orientada hacia la persona y su familia, conjuntamente con el personal técnico de enfermería y el equipo interdisciplinario. Esta dimensión también reconoce las carencias en el modelo científico para enfrentar la complejidad y la incertidumbre. Por otro lado, el concepto de profesión implica capacidad disciplinar para formar pares, pero apela al apoyo de otras disciplinas como psicología, administración, fisiología, por ejemplo. De este modo, aludir la Gestión del Cuidado en hospitales, se refiere a la Pertinencia y Costoefectividad de las Acciones de Enfermería para usuarios y establecimiento. Manifiesta también el poder y la responsabilidad que se originan en la relación con otros profesionales, los usuarios y sus familias y, determina la necesidad de fundamentar científicamente la atención y la formación, para que enfermería progrese en profesionalización sin descuidar su vertiente de humanidad. Los participantes operacionalizaron estas dimensiones con una serie de procedimientos, técnicas y

algunos procesos. Luego fueron ordenados por el equipo investigador en procesos procurando que quedaran de magnitud parecida, con un resultado principal identificable y con indicadores plausibles y verificables. El trabajo del equipo investigador fue sometido al análisis de dos paneles de expertos en forma sucesiva, para lograr más homogeneidad en tamaño y complejidad y para reducir al máximo los procesos certificadores de calidad de la Gestión del Cuidado. Estos procesos fueron luego sometidos al escrutinio de los cuatro grupos focales, los que entregaron una perspectiva más realista y desde el conocimiento práctico respecto de lo que tiene mayor relevancia en la práctica y de lo que se puede y no se puede medir.

Cabe destacar que en los cuatro grupos focales, la sesión debió repetirse porque se transformó en una evaluación de la acción de enfermería y en la comprensión de las implicancias de implementar la gestión del cuidado en sus establecimientos de salud. Se emiten opiniones como “me ayudó a ordenar lo que hago”, “entendí mejor las relaciones entre las cosas” o “es lo que hacemos, pero completo y ordenado”. Además, se aprovecha para tomar decisiones inmediatas, por ejemplo, estandarizar acciones de soporte emocional en el proceso de muerte para la familia, o qué hacer ante falta de insumos, entre otros. También la conversación derivó a temas que rodean la gestión del cuidado y la medición de su calidad, como por ejemplo, las responsabilidades legales de la enfermería, los procedimientos delegados y las condiciones de esta delegación; que la planificación estratégica institucional no permea los servicios clínicos y la posibilidad de influir desde lo clínico en la estrategia del establecimiento.

Los cuadros siguientes muestran los resultados obtenidos del proceso investigativo y comprende en primer lugar, i) las tres dimensiones para la gestión del cuidado: de la Pertinencia y Costoefectividad de las Acciones de Enfermería; ii) del Poder y la Relación con Otros; y, iii) de la Investigación y Formación en Enfermería. En segundo lugar, i) los procesos clínicos con que se operacionaliza cada dimensión, ii) los resultados asociados a cada procesos y iii) los indicadores que miden el resultado. Al respecto han sido identificados indicadores dicotómicos, numéricos o porcentuales, dependiendo de la factibilidad de medirlos.

Tabla 2

*Dimensión Pertinencia y Costoefectividad de las Acciones de Enfermería*

<p>La dimensión Pertinencia y Costoefectividad de las Acciones de Enfermería, está comprendida desde la:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda por mayor efectividad en los procesos clínicos, para que sean racionalmente pensados con centralidad en los usuarios, reconociendo que requiere una distinta organicidad de Enfermería.</li> <li>• Necesidad de enfrentar la diversidad de ofertas tecnológicas disponibles y de disminuir la complejidad en las decisiones relacionadas. Esta dimensión está contenida en los siguientes procesos:</li> </ul>	
<p>Proceso: Aseguramiento de las condiciones ambientales que garanticen la calidad de la atención.</p>	
Resultado	Indicadores
Cumplimiento de normas técnicas básicas (NTB) y normas de prevención de IAAS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de pacientes libres de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) (eventos Centinela o de notificación obligatoria). % IAAS no Centinela.</li> <li>• % de cultivos (+) de manos personal y superficies críticas, con bioluminiscencia.</li> <li>• % de servicios con delimitación de área sucia y limpia; clínica de preparación de medicamentos.</li> <li>• % de cumplimiento de normas técnicas básicas (NTB) en relación a Trabajo limpio- Trabajo sucio.</li> </ul>
Eliminación segura de residuos clínicos, orgánicos y tóxicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de manejo de residuos institucional, por unidad y acorde a normativa de Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS).</li> <li>• % de cumplimiento de Normativa establecida en Manejo de REAS.</li> <li>• Contenedores diferenciados para desechos comunes, especiales y peligrosos.</li> </ul>
Temperatura, humedad, ventilación, aseo y ruido compatible con atención segura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento térmico, acústico y de humedad.</li> <li>• Sin malos olores, aseo en pisos y paredes.</li> <li>• Iluminación natural y posibilidad de oscurecer ambiente.</li> <li>• Programa de mantenimiento de infraestructura, equipos críticos y equipos generales.</li> <li>• % de equipos e infraestructuras con mantención al día.</li> </ul>
<p>Proceso: Aseguramiento de la infraestructura y equipos de apoyo que garanticen la calidad de la atención</p>	
Resultado	Indicadores
Iluminación, aseo y mobiliario del paciente y de la unidad de atención con infraestructura compatible con atención segura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de unidades de paciente optimas disponibles servicio (catre, colchón, ropa de cama, velador, mesa, luz individual, timbre, conexión a red oxígeno, aire y aspiración).</li> <li>• % de servicios que cuentan con salas de atención, aislamientos, salas de procedimientos o cirugía menor, según corresponda; baño para pacientes en sala.</li> <li>• % de servicios que cumplen con normas de aislamiento.</li> <li>• % de servicios que cuentan con bodega de insumos, bodega de ropa acorde a NTB.</li> <li>• % de servicios que cuentan con área de descanso y baño para personal.</li> <li>• % de servicios que cuentan con sala de estar y baño para visitas.</li> </ul>
<p>Proceso: Afrontamiento de las necesidades humanas según riesgo y dependencia.</p>	
Resultado	Indicadores
Plan de cuidados estandarizados y personalizados, que cubran las necesidades humanas según riesgo y dependencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos de enfermería de ingreso y egreso de pacientes a servicio.</li> <li>• Protocolo de evaluación de riesgo y dependencia.</li> <li>• % de unidades con pacientes distribuidos según riesgo y dependencia.</li> <li>• % de planes realizados usando el proceso enfermero.</li> <li>• % de planes estandarizados según riesgo, dependencia y necesidades de cuidados según patología y proceso enfermero.</li> <li>• Programa de categorización cruzada entre distintas unidades.</li> <li>• % de servicios que asignan recursos humanos con criterio de riesgo/dependencia.</li> </ul>
<p>Proceso: Aplicación de juicio enfermero en la ejecución de actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico</p>	
Resultado	Indicadores
Plan de atención de Enfermería incorpora la demanda derivada del diagnóstico y tratamiento médico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procedimientos de Enfermería.</li> <li>• Norma institucional de administración de medicamentos.</li> <li>• Protocolo de actuación frente a omisiones, errores o incumplimiento terapéutico.</li> <li>• N° de casos de pacientes con incumplimiento terapéutico (omisiones, errores).</li> <li>• N° de casos de pacientes con incumplimiento de procedimientos delegados.</li> </ul>

Proceso: Coordinación con profesionales y unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento médico.	
Resultado	Indicadores
Canales de comunicación y flujos logísticos expeditos para la gestión del apoyo complementario al diagnóstico y tratamiento médico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de organización de la unidad de la Gestión del Cuidado.</li> <li>Protocolo de enfermería entrega de turno.</li> <li>Protocolo de coordinación con unidades de apoyo principales.</li> <li>% de cumplimiento de procedimientos críticos para el diagnóstico y tratamiento realizados según protocolo vigente en cada unidad.</li> <li>Eventos centinela a consecuencia de acciones no realizadas para el diagnóstico y tratamiento</li> </ul>
Proceso: Abastecimiento de insumos clínicos	
Resultado	Indicadores
Suficiencia de insumos de calidad para el cumplimiento de las necesidades terapéuticas de la unidad clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insumos críticos y básicos solicitados por servicios/unidades clínicas corresponden a los insumos entregados en éstas unidades de atención.</li> <li>Nº de eventos adversos producidos por calidad de insumos críticos y/o básicos.</li> <li>Nº de atenciones realizadas con insumos de otras unidades de atención.</li> <li>Normativa de sistema de control y registro de entradas y salidas de insumos por unidad y/o servicios.</li> <li>Flujograma de acción ante carencia de insumos correctos</li> </ul>

Fuente: Datos obtenidos en el estudio

En el proceso de construcción colectiva de este modelo ha sido difícil descubrir indicadores y posteriormente, encontrar indicadores de resumen, los que sin duda harían más manejable el modelo. La meticulosidad propia de enfermería, hace que

se profundice en todas las aristas del resultado, sin establecer preponderancia de unos indicadores respecto de otros. Esta dimensión no considera procesos en los que esté involucrado directamente el paciente y su familia.

Tabla 3

*Dimensión Poder y la Relación con Otros en Enfermería*

Proceso: Soporte emocional individual y familiar entregado por el equipo de Enfermería	
Resultado	Indicadores
Pacientes y familias confortadas emocionalmente, que expresan confianza en el equipo de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de planes que contienen cuidados emocionales para paciente y familia.</li> <li>Protocolo de enfermería que defina la información a entregar paciente y familia</li> <li>% de cumplimiento de protocolos establecidos en la unidad en relación a la entrega de información pertinente al paciente y familia.</li> <li>Protocolo de enfermería para manejo del duelo, apoyo psicosocial y soporte emocional dirigido a la familia.</li> <li>Nº de intervenciones basadas en protocolo para el soporte emocional en la muerte para la familia.</li> <li>% de reclamos y felicitaciones realizadas por las familias o usuarios al servicio y por actuación de Enfermería y otros profesionales.</li> </ul>
Proceso: Consideración de la voluntad anticipada expresada y consentimiento ante intervenciones de Enfermería, los pacientes y familiares.	
Resultado	Indicadores
Paciente y familias informados de riesgos, beneficios y consecuencias de las intervenciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolos de información para expresión de voluntades anticipadas.</li> <li>Protocolos de consentimiento informado ante acciones de enfermería</li> <li>% de intervenciones clínicas a pacientes previo consentimiento informado.</li> </ul>



Proceso: Gestión de talentos, competencias y preferencias personales / grupales en unidades clínicas	
Resultados	Indicadores
Personal capacitado cognitiva y emocionalmente responde a las necesidades actuales de las unidades clínicas, usuarios y sus familias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento estandarizado que evalúa al equipo de Enfermería.</li> <li>• % de anotaciones de mérito y demérito.</li> <li>• Evaluación de desempeño de los miembros del equipo de enfermería.</li> <li>• Normativa que defina perfiles de competencias laborales clínicas mínimas.</li> <li>• % del personal que cumple con el perfil de competencias laborales clínicas señaladas en el perfil de competencias.</li> <li>• % de funcionarios que realiza orientación e inducción al servicio.</li> <li>• Protocolos para el soporte emocional en situaciones estresantes.</li> </ul>
Proceso: Aseguramiento de la continuidad de la atención de Enfermería en la unidad clínica, en la red asistencial y en la familia	
Resultados	Indicadores
Paciente con mayor nivel de autocuidado, seguimiento del tratamiento indicado y asistencia a controles de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de pacientes que reingresan por complicaciones evitables.</li> <li>• Programa de Enfermería de enlace con red asistencia.</li> <li>• Protocolos de referencia y contra-referencia entre atención cerrada y atención abierta.</li> <li>• % de pacientes con seguimiento posterior al alta.</li> <li>• % de pacientes que cumplen con controles programados después de la hospitalización.</li> </ul>
Proceso: Negociación y comunicación de logros de la Gestión del Cuidado en el establecimiento y en la comunidad	
Resultados	Indicadores
Participación activa de profesional(es) de Enfermería en la toma de decisiones concernientes a la Gestión del Cuidado en el establecimiento y su unidad clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de profesionales de Enfermería que participan en reuniones técnicas de la unidad.</li> <li>• % de profesionales de Enfermería que participan en reuniones técnico administrativas del establecimiento.</li> <li>• N° de profesionales de Enfermería que participan en comisiones de alto nivel en el establecimiento o en la red asistencial.</li> <li>• Programa anual de reuniones de profesionales de Enfermería.</li> </ul>

Fuente: datos obtenidos en el estudio

La lógica de un proceso y resultado y hasta dos indicadores, ha sido difícil de lograr. Atenta en contra de ello, la prolijidad y capacidad controladora con que se manifestó en la construcción de los resultados, como parte del deber ser de la buena enfermería.

Esta dimensión contiene procesos relacionados directamente con el paciente y su familia y también otros que apoyan esta relación desde lo estratégico y lo logístico.

Tabla 4

#### *Dimensión Formación e Investigación en Enfermería*

La Dimensión de la Formación e Investigación en Enfermería, se refiere a la:

- Necesidad de formar de cierta manera a los enfermeros y enfermeras para que incorporen la innovación en su práctica y aseguren la atención de enfermería mediante la Gestión del Cuidado orientado hacia la persona, cliente, familia, el personal de enfermería y equipo interdisciplinario.
- Carencia en el modelo científico para enfrentar la complejidad y transitar lo positivista biomédico a un modelo integrador biospiciosocial. Esta dimensión está contenida en los siguientes procesos:

Proceso: Profesionalización de la atención de Enfermería

Resultado	Indicadores
La atención se funda en juicio enfermero y en un modelo de Enfermería y, contiene balance entre cuidados estandarizados y cuidados personalizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de atención de Enfermería basado en planificación estratégica de la Gestión del Cuidado, que cumpla los requerimientos del servicio y/o unidad.</li> <li>• % de planes estandarizados según riesgo-dependencia y necesidades.</li> <li>• % de planes personalizados según riesgo-dependencia y necesidades.</li> <li>• N° de profesionales de Enfermería asociados o afiliados a sociedades científicas.</li> <li>• % de profesionales con especialización o posgrados atingentes a la labor de Enfermería que realiza.</li> </ul>

Proceso: Evaluación, mejoramiento continuo y proyección de la calidad de la atención	
Resultado	Indicadores
Planes de mejora continua e instrumentos estratégicos en la unidad clínica y establecimiento realizados por los profesionales de Enfermería de la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan estratégico en Unidad de Gestión del Cuidado del establecimiento.</li> <li>• Plan estratégico en el servicio y/o unidad clínica.</li> <li>• % de planes estratégicos desarrollados y/o con participación de profesionales de Enfermería.</li> <li>• Instrumentos de evaluación que aseguren la calidad (pautas de supervisión, reuniones clínicas, monitoreo de incidentes críticos, protocolos).</li> <li>• Cuenta pública periódica de la calidad de la atención de enfermería brindada.</li> </ul>
Proceso: Producción de evidencia local	
Resultado	Indicadores
Estudios locales de que potencien el que hacer enfermero fundamentados en la evidencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de investigaciones de Enfermería realizadas anualmente en el servicio.</li> <li>• Número de investigaciones de Enfermería socializadas en revistas y congresos.</li> <li>• Número de protocolos actualizados y revisados con participación de profesionales de Enfermería.</li> <li>• Número de estudios de casos realizados en la unidad.</li> <li>• Comité de investigación de Enfermería activo en centro hospitalario.</li> </ul>
Proceso: Formación de capacidades en Enfermería profesional y técnica.	
Resultado	Indicadores
Oportunidades de aprendizaje de calidad, éticamente profesional basado en la experiencia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de profesionales de Enfermería que realicen docencia dentro de la unidad y/o servicio.</li> <li>• % de profesionales de Enfermería con formación docente formalizada.</li> <li>• % de estudiantes que reconocen experiencias de aprendizaje de integral y de calidad</li> </ul>

Fuente: datos obtenidos en el estudio

Esta dimensión sin duda, podrá reducir sus indicadores el momento de priorizar los más importantes. Esta dimensión no contempla procesos directamente relacionados con el paciente y su familia, sino que otros que apoyan esta relación desde lo estratégico y lo logístico.

## Discusión

La identificación de distintas dimensiones para describir el concepto de Gestión del Cuidado, clarifica las miradas para el concepto. El mundo profesional, se orienta por la costoefectividad de las acciones de enfermería; el mundo gremial, por las relaciones de poder y por los límites de la gestión del cuidado y en tanto que el mundo académico por la formación e investigación. Ellas que presentan un todo complementario, incluyente y sinérgico. Por ejemplo, la dimensión de poder, aborda el trasfondo cultural y social del nivel y tipo de empoderamiento del profesional de Enfermería, bajo qué condiciones asume la responsabilidad legal y social en la gestión del cuidado dirigido a un individuo y su familia en un centro asistencial, lo que es coherente con el logro de más valoración social de la profesión, al mismo tiempo que ampliar con aspectos de gestión su carrera profesional y una formación más profunda

(Federico-Ferreira & Ribeiro da Silva, 2012).

Asimismo, traducir estas dimensiones en procesos asociados a la gestión del cuidado, deja ver que se asimilan procesos con procedimientos o técnicas o con el proceso de atención de enfermería, y por ello, las respuestas son menos contundentes y pocos de los expertos plantean propuestas plausibles. Este nivel reflexivo es coherente con el uso del concepto en el sistema de salud en Chile y con la ausencia de este aspecto en diversas reflexiones que abarcan preferentemente los aspectos conceptuales y de estructura, sin explicitar que entre ellos median procesos clínicos asociados a la Gestión del Cuidado (Milos, Borquez, & Larrain, 2010).

Un sesgo relevante en esta investigación es que la decisión sobre los procesos clínicos esenciales que comprende la Gestión del Cuidado, fue influida por el análisis del grupo investigador, ante la falta de homogeneidad de las respuestas de los expertos, respecto de la noción de proceso clínico, sin embargo, validaron la propuesta. Resultó interesante que las enfermeras asistenciales encontraran sentido en la propuesta de procesos y de productos presentada por el equipo investigador, lo que al menos, le otorga validez local.

Un proceso clínico, es decir un proceso que se desarrolla en una empresa de salud se centra en el usuario, buscando resultados integrales que



involucran la acción de un equipo y la concurrencia de otros procesos en una lógica de proveedor cliente. La perspectiva de procesos se asocia a la Gestión de la Calidad, porque su operacionalización ayuda a realizar los cambios necesarios para el desarrollo e implementación de nuevas metodologías en beneficio de la satisfacción del paciente y del personal (Antunes & Trevisan, 2000). Es necesario, por tanto, profundizar en la comprensión del concepto proceso clínico y adquirir la capacidad para visualizarlos como estructurantes de la organización de las prestaciones clínicas, de las capacidades técnicas e insumos requeridos así como de las vinculaciones que deben establecerse con otras unidades clínicas y favorecer cambios de tipo organizacional mejoras en la gestión hospitalaria y la optimización del uso de los recursos asignados (Milos, Borquez, & Larrain, 2010; Torres, 2014).

Por ello, la visibilización de procesos clínicos y el diseño de instrumentos evaluativos con un alto grado de validez y confiabilidad, es importante para objetivar las brechas tecnológicas, los quiebres relacionales y los nudos que obstaculizan el logro de la mejor calidad posible (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2007). Así, la información proporcionada por un instrumento evaluativo para la calidad de la gestión del cuidado, puede contribuir a direccionar capacitación, dimensionar los recursos materiales necesarios para cerrar las brechas e identificar aspectos que desde el entorno obstaculizan la calidad. Igualmente, certificar la calidad de la gestión del cuidado, evidencia la contribución de enfermería en la organización de servicios clínicos acorde a la demanda de cuidado, mas que la organización por diagnóstico médico, que arriesga la rigidización y captura de camas y no necesariamente propicia la eficiencia. También entrega bases para fundar prácticas en evidencia y facilitar el tránsito desde el eje positivista cartesiano hacia un paradigma mas integrador y sistémico, concepciones que se hacen cada vez más presentes entre teoristas de enfermería (McFarland & Wehbe-Ala, 2006; Lachman, 2012).

Desde otra óptica, un instrumento de evaluación adscrito a un modelo de calidad, también entrega la posibilidad de triangular resultados, si el instrumento se aplica en varias ocasiones, a las mismas personas o en similares situaciones. Si los procesos son asumidos desde la calidad y con un modelo explícito, las competencias actitudinales adquieren un gran valor,

puesto que desde la perspectiva de los procesos, se hace evidente que todos los involucrados son relevantes para certificar la calidad.

La metodología utilizada en este trabajo investigativo ofrece un puente necesario entre lo formativo y lo práctico, entre los hallazgos investigativos y la usabilidad de ellos, aportando rápidamente hacia la calidad, fortaleciendo y enriqueciendo el mismo proceso investigativo. También aportó espacios reflexivos respecto de temas de enfermería cotidianos que requieren relevancia y profundidad, como la educación al paciente y familia, la importancia del soporte emocional y la continuidad de la atención en la red asistencial, entre otros. Por ejemplo, se sugirió por parte de un grupo focal, la inclusión de la elaboración obligatoria de un Manual Organizacional de Gestión del Cuidado, el cual prestaría la utilidad de definir la organización de la unidad, delimitar las labores de enfermería y crear perfiles de cargo, concordando con lo propuesto en el presente Modelo de Certificación de la Calidad.

La calidad puede tornarse un bien sanitario muy difícil de medir, debido a su apreciación subjetiva, a la medición de conceptos abstractos y la influencia de diversos intereses, por ello, la medición de la calidad necesita una operacionalización cuantitativa que permita triangular resultados y establecer comparaciones longitudinales y entre lugares y la determinación de patrones que consientan la identificación de fallos o logros (Jimenez, 2004). La clarificación de resultados esperados e indicadores determina cómo este modelo de calidad puede ofrecer una manera de tipificar buena, mediana o baja calidad la Gestión del Cuidado.

## Conclusion

El diseño de un modelo que certifique la calidad de la gestión del cuidado en la atención cerrada, implica objetivación y operacionalización de conceptos y prácticas. Asumir definiciones respecto de la calidad, involucra decisiones desde un determinado marco epistémico, financiero y de oportunidad y ciertamente, un modelo es un referente, no una norma rígida y por tanto requiere de adaptaciones y adaptabilidad para mantener su vigencia en distintos contextos.

La operacionalización de la gestión del cuidado, que como concepto es totalizante y global, tiene

los mismos requerimientos porque abarca todos los espacios del ejercicio profesional de la atención cerrada. Sin embargo, la Gestión del Cuidado no parece ser la Enfermería, sino su componente práctico y es necesario, por ende, distinguirla de su filosofía y de sus fundamentos disciplinares.

Como tarea investigativa, la objetivación y operacionalización del diseño de un modelo de calidad de la Gestión del Cuidado para la atención cerrada, ha tenido una clara progresión hacia el refinamiento y precisión de los procesos, resultados e indicadores de cada una de las dimensiones que pasan a formar la Gestión del Cuidado en cada una de las sucesivas consultas y grupos focales. Básicamente, los expertos proponen el modelo y los grupos focales lo evalúan para acercarlos a su práctica, a partir de la evidencia empírica de su quehacer y los aspectos ético-valóricos implicados en él.

A esta manera de certificar la calidad de la Gestión del Cuidado basado en procesos para la atención cerrada, aun queda la definición de índices, magnitudes, preponderancias y priorizaciones de los indicadores y de cada uno de los procesos considerados.

## Referências bibliográficas

- Amezcu, M. (2003). La entrevista en grupo: Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 13(2), 112-117. doi:10.1016/S1130-8621(03)73791-7
- Amezcu, M., & Galvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Una perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436. Tomado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/colabora4.pdf>
- Antunes, A., & Trevisan, M. (2000). Gerenciamento da qualidade: Utilizacao no servico de enfermagem. *Revista Latino-Americana da Enfermagem*, 8(1), 35-44. Tomado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12432.pdf>
- Astigarraga, E. (s.d.). *El método delphi*. San Sebastian, España: Universidad de Duesto. Tomado de [http://www.unalmed.edu.co/~poboyca/documentos/documentos1/documentos-Juan%20Diego/Plnaifi\\_Cuencas\\_Pregado/Sept\\_29/Metodo\\_delphi.pdf](http://www.unalmed.edu.co/~poboyca/documentos/documentos1/documentos-Juan%20Diego/Plnaifi_Cuencas_Pregado/Sept_29/Metodo_delphi.pdf)
- Ayala, R. (2014). Niveles de planificación en la gestión del cuidado. In Ricardo M. C. & V. Ayala, *Gestión del cuidado en enfermería* (pp. 139-152). Santiago de Chile, Chile: Mediterráneo.
- Bertoldi, S., Fiorito, M., & Álvarez, M. (2006). Grupo focal y desarrollo local: Aportes para una articulación teórico-metodológica. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 17(33), 111-131. Tomado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14503304>
- Bravo, M., & Arrieta, J. (2005). *El método Delphi. Su implementación en una estrategia didáctica para la enseñanza de las demostraciones geométricas*. *Revista Iberoamericana*, 35(3). Tomado de <http://rieoei.org/deloslectores/804Bravo.PDF>
- Castillo, E., & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. Tomado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
- Federico-Ferreira, M., & Ribeiro da Silva, C. (2012). Reformas da gestao na saude: Desafios que se colocan oas enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referencia*, 3(8), 85-93. doi: 10.12707/RIII1238
- Gobierno de Chile. (1968). *Código Sanitario Chileno*. Santiago de Chile, Chile: Ministerio de Salud.
- Gobierno de Chile. (2004). *Ley de Autoridad Santaria, Decreto fuerza de ley 725*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Jimenez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1), 17-36. Tomado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_1\\_04/sp04104.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm)
- Lachman, V. (2012). Applying the ethics of care to your nursing practice. *Medurg Nursing*, 21(2), 112-116. Tomado de <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Applying-the-Ethics-of-Care-to-Your-Nursing-Practice.pdf>
- McFarland, M., & Wehbe-Ala, H. (2006). *Leiminger's culture, care diversity and universality: A worldwide theory*. Burlington, USA: Jones&Barnes Learning.
- Milos, P., Borquez, B., & Larrain, A. (2010). La gestión del cuidado en la legislación chilena: Interpretación y alcance. *Ciencia y Enfermería*, 16(1), 17-29. doi:10.4067/S0717-95532010000100003
- Subsecretaria de Redes Asistenciales. (2007). *Norma general administrativa N° 19. Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Torres, E., M. (2008). Metodología para definir funciones profesionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4), 17-29. Tomado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S0864-34662008000400017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0864-34662008000400017)
- Torres, M. (2014). Gestión clínica y del cuidado. En R. Ayala, M. Torres, & M. Calvo, *Gestión del Cuidado en Enfermería*. (pp. 105-138). Santiago de Chile, Chile: Ed. Mediterráneo
- Yáñez, R., & Cuadra, R. (2008). La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería*, 14(1), 9-15.